|  |
| --- |
| **D E M A N D E D’ I N S C R I P T I O N EN DOCTORAT****EN SCIENCES MEDICALES** |

Faculté: ...................................................... Matricule: ................................................

 **Candidat (e):**

Nom et prénom (s) : ....................................................................................................................

Date et lieu de naissance : ............................................................................................................

Nationalité: ..................................................................................................................................

Adresse : ………………………………………………………Tél :…………………...

Organisme employeur: ................................................................................................................

Diplôme du Docteur en médecine le : .........................................................................................

Spécialité: ...............................................Date et lieu d’obtention: ................................................

Sujet de recherche (à indiquer de façon précise): ........................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**Directeur de thèse**

Nom et prénom (s): .....................................................................................................................

Grade: ....................................................Lieu d’exercice: ……………………………...............

Institution d’enseignement :

Fait-le, ......................................

 **Le Président du Conseil Scientifique Le Doyen**